

Acordo de Notificação do Empregado do Setor Alimentício

Evitando a transmissão de doenças através da comida por empregados do setor alimentício infectados

O objetivo deste acordo é garantir que os Empregados e Candidatos do setor alimentício que tenham recebido uma oferta condicional de emprego notifiquem ao Encarregado quando apresentarem alguma das condições listadas para que, desta forma, o Encarregado possa tomar as medidas apropriadas para impedir a transmissão de doenças por alimentos.

EU CONCORDO EM NOTIFICAR AO ENCARREGADO:

SINTOMAS

1. Diarréia
2. Febre
3. Vômito
4. Icterícia
5. Garganta inflamada com febre
6. Lesões com pus nas mãos, pulsos ou parte exposta do corpo
(tais como furúnculo e ferimentos infeccionados, mesmo pequenos)

DIAGNÓSTICO MÉDICO

Quando diagnosticado como portador de *Salmonella Typhi* (febre tifóide), *Shigella spp.* (shigelose), *Escherichia coli* O157:H7 (enterocolite hemorrágica), vírus da hepatite A, *Entamoeba histolytica* (amebíase), *Campylobacter spp.* (campilobacteriose), *Vibrio cholera spp.* (cólera), *Cryptosporidium parvum* (criptosporidiose), *Giardia lamblia* (giardíase), Síndrome hemolítico-urêmica, *Salmonella spp.* (não-tifóide), *Yersinia enterocolitica* (yersiniose) ou *Cyclospora cayetanensis* (ciclosporíase).

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS ANTERIORES

Você já foi diagnosticado como portador de uma das doenças listadas acima? _____

Em caso afirmativo, qual foi a data do diagnóstico? _____

CONDIÇÕES DE ALTO RISCO

1. Exposição a ou suspeita de causar qualquer deflagração confirmada de febre tifóide, shigelose, infecção por *E. coli* O157:H7 ou hepatite A
2. Um membro da família diagnosticado com febre tifóide, shigelose, doença devido a infecção por *E. coli* O157:H7 ou hepatite A
3. Um membro da família presente ou trabalhando em um local apresentando uma deflagração confirmada de febre tifóide, shigelose, infecção por *E. coli* O157:H7 ou hepatite A

Eu li (ou foi-me explicado) e entendo as exigências em relação às minhas responsabilidades sob o **Código de Alimentos 590/1999 do 105 CMR** e este acordo para cumprir com os requisitos especificados acima envolvendo os sintomas, diagnósticos e condições de alto risco especificados. Também entendo que se eu apresentar um dos sintomas ou condições de alto risco acima, ou se eu for diagnosticado com uma das doenças acima, poderá ser-me solicitado que eu mude minha função ou pare de trabalhar completamente até que tais sintomas ou doenças tenham sido resolvidos.

Eu entendo que o não cumprimento dos termos deste acordo poderá resultar em ação por parte do estabelecimento de alimentos ou da autoridade reguladora de alimentos que poderá colocar meu emprego em risco e implicar em ação legal contra mim.

Nome do candidato ou empregado (em letra de forma) _____

Assinatura do candidato ou empregado _____ Data _____

Assinatura do Portador da Permissão ou Representante _____ Data _____

Este é um modelo de formulário criado pelo Departamento de Saúde Pública de Massachussets fornecido como uma ferramenta para a indústria usar para ajudar no cumprimento com o 105 CMR 590.003(C) e Código de Alimentos 2-201.11. O uso deste formulário é voluntário e não obrigatório por leis estaduais. Revisado: 8/5/2001